

Formulario de Inscripción para la Vacuna contra la Influenza H1N1 LAIV

Escriba claramente en letra de molde – Gracias



Patient Information		
Nombre del Paciente:	Fecha de nacimiento:	Edad: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Parte A: Pregunta para determinar la elegibilidad del Paciente		
		<i>Marque una Comentario del Personal</i>
Usted tiene de 2 a 49 años de edad	SÍ NO	
Si usted contestó: SÍ: Conteste la PARTE B NO: <u>NO SIGA</u> , usted no es elegible, consulte con la enfermera.		
PARTE B: Preguntas para determinar la elegibilidad del Paciente		
¿Ha recibido usted la vacuna en rociador nasal contra la influenza de la temporada en los últimos 28 días?	SÍ NO	
¿Cree que podría estar embarazada?	SÍ NO	
¿Está usted amamantando a un bebé?	SÍ NO	
Si tiene menos de 5 años de edad, ¿ha tenido episodios de silbidos en el pecho?	SÍ NO	
¿Es usted alérgico a los huevos o al pollo?	SÍ NO	
¿Es usted alérgico a gentamicina, gelatina, o arginina?	SÍ NO	
¿Ha tenido usted una reacción grave a alguna vacuna contra la influenza?	SÍ NO	
Si usted tiene de 2 a 17 años de edad, ¿está tomando aspirina o productos que contienen aspirina (como bismuth subsalicylate o Pepto Bismol)?	SÍ NO	
¿Ha tenido usted el síndrome de Guillain-Barré alguna vez?	SÍ NO	
¿Está usted tomando corticosteroides (como prednisona)?	SÍ NO	
¿Ha usted tomado medicina recetada para la influenza en las últimas 48 horas?	SÍ NO	
¿Tiene usted alguno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Infección del VIH • Trastornos del sistema inmunológico • Chronic lung disease • Enfermedades del corazón (excepto presión sanguínea alta) • Trastornos del metabolismo • Trastorno neurológico/neuromuscular • Inmuno supresión causada por las medicinas • Enfermedad de los riñones • Enfermedad del hígado • Asthma • Trastornos hematológicos • Diabetes • Incapacidad del desarrollo 	SÍ NO	
¿Vive usted o cuida de alguien que tiene el sistema inmunológico gravemente comprometido?	SÍ NO	
¿Tiene usted una infección de las vías respiratorias altas o una congestión nasal?	SÍ NO	
NOTA: Cualquier respuesta SÍ lo hace inelegible para recibir la vacuna en rociador nasal. Consulte con la enfermera.		

FIRMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA

He leído o se me ha explicado el Comunicado del 10/2/09 sobre "Información acerca de la Vacuna contra la Influenza H1H1 2009 LAIV". He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales se me contestaron a mi satisfacción. Entiendo los riesgos de la vacuna H1N1 LAIV y solicito que se me administre la vacuna contra la influenza H1N1 LAIV a mí o a la persona para quien estoy autorizado en hacer esta solicitud.

Firma autorizada _____ Fecha _____
 (Marque con un círculo: usted mismo / padre / madre / guardián)

To be completed by vaccinator/administration only:

Dosage	Dose #	Date Given	Site	Manufacturer	Lot #	VIS Date	Given By
H1N1 LAIV ONLY 2 – 9 Yrs.	1 st dose		Nasal			10/2/09	
	2 nd dose						
10-49 Yrs.	1 st dose						